

FACTORES PSICOSSOCIAIS PREDITIVOS DE AJUSTAMENTO À VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÓNICAS PSYCHOLOGICAL FACTORS AS PREDICTORS OF ADJUSTMENT TO LIFE OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

Estela Vilhena^{1,2,3,4}, José Luís Pais Ribeiro^{4,8}, Isabel Silva⁵,
Luísa Pedro⁷, Rute F. Meneses⁵, Helena Cardoso⁷, António Martins da Silva⁷, & Denisa
Mendonça^{2,3}

¹IPCA, Escola Superior de Tecnologia, Departamento de Ciências, Barcelos, Portugal; ²ICBAS - U Porto; ³ISPUP – Departamento de Estudo de Populações, Universidade do Porto, Porto; ⁴Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Porto Portugal; ⁵Universidade Fernando Pessoa, Porto; ⁶ESTeSL – Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal; ⁷UMIB/ICBAS e H. Geral de Sto. António, Porto, Portugal; ⁸UIPES, Lisboa, Portugal

RESUMO- Doenças crónicas são de longa duração, de progressão lenta e induzem alterações na vida das pessoas, que são confrontadas com um conjunto de fatores que exercem um impacto negativo na sua qualidade de vida (QdV). A QdV é um conceito envolvendo componentes essenciais da qualidade humana: físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Após o diagnóstico e com a doença estabilizada, os doentes procuram novas formas de lidar com esta. Este estudo teve como objetivo identificar fatores psicossociais preditivos (otimismo, afeto positivo e negativo, adesão aos tratamentos, suporte social e espiritualidade) da QdV (bem-estar geral, saúde física, saúde mental) e bem-estar subjetivo (BES) em pessoas com doenças crónicas. Amostra constituída por 774 indivíduos [30% diabetes, 27,1% cancro, 17,2% diabetes, 12% epilepsia, 11,5% esclerose múltipla e 2,2% miastenia, 70,5% do sexo feminino, idade $M(DP)=42,9(11,6)$, educação $M(DP)=9,6(4,7)$, anos diagnóstico $M(DP)=12,8(9,7)$, classificação da doença $M(DP)=6,6(2,8)$], recrutados nos hospitais centrais portugueses. Aplicando Modelos de Equações Estruturais e ajustando para variáveis sociodemográficas e clínicas, verificou-se que, pessoas mais otimistas, mais ativas e com uma melhor adesão aos tratamentos apresentam um melhor bem-estar geral, uma melhor saúde mental e um melhor bem-estar subjetivo; uma melhor adesão aos tratamentos contribui para uma melhor saúde física; melhor suporte social reflete-se numa melhor saúde mental; pessoas com mais espiritualidade apresentam uma melhor saúde física e uma melhor saúde mental. Estas conclusões contribuem para a definição de uma terapia que pode ajudar a uma melhor adaptação dos protocolos de tratamento para atender às necessidades dos doentes.

Palavras-Chave- Ajustamento, Doentes Crónicos, Fatores Psicossociais, Qualidade de Vida, Bem-estar Subjetivo

ABSTRACT- Chronic diseases are long-lived, slow progression and induce changes in the lives of people, who are confronted with a set of factors that have a negative impact on their quality of life (QoL). The QoL is a concept involving essential components of human

⁴ Instituto Politécnico do Cávado e do Ave, Escola Superior de Tecnologia; Campus do IPCA - Lugar do Aldão, 4750-810, Vila Frescaíha S. Martinho BCL; Telf. 253 802 260; Fax. 253 823 127

quality: physical, psychological, social, cultural and spiritual. After diagnosis and with stable disease, patients try to find new ways to deal with their new condition. This study aimed to identify predictive psychosocial factors (optimism, positive and negative affect, treatment adherence, social support and spirituality) QoL (general well-being, physical health, mental health) and subjective well-being (SWB) in people with chronic diseases. The sample of 774 subjects [30 % diabetes, 27.1 % cancer, 17.2 % diabetes, 12 % epilepsy, 11.5 % multiple sclerosis and 2.2 % gravis, 70.5 % female, age $M(SD)=42.9(11.6)$, education $M(SD)=9.6(4.7)$ years diagnosed $M(SD)=12.8(9.7)$, disease classification $M(SD)=6.6(2.8)$], was recruited from the Portuguese central hospitals. Applying Structural Equation Modeling and adjusting for sociodemographic and clinical variables, it was found that more optimistic people, more active and with a better treatment adherence, have better overall well-being, better mental health and better subjective well-being; better treatment adherence contributes to better physical health, better social support reflected in better mental health, people with more spirituality have better physical health and better mental health. These findings contribute to the development of a therapy that can help to better adaptation of treatment protocols to meet the needs of patients.

Keywords - Adjustment, Chrons Disease, Psychosocial factors, Subjective well-being, Quality of Life,

Recebido em 9 de Dezembro de 2013/ Aceite em 20 de Março de 2014

Uma doença crónica é definida como uma doença não transmissível, que se prolonga ao longo do tempo, não se resolve espontaneamente e raramente tem cura (Center for Managing Chronic Disease (CMCD, s.d.). Viver com uma doença crónica torna-se uma experiência exigente que pode afetar vários aspetos da vida de um indivíduo, nomeadamente, funcionamento social, familiar e ocupacional. Podem também resultar em efeitos negativos na qualidade de vida (QdV) que por sua vez requiere um ajustamento em múltiplos domínios da vida. O ajustamento é definido como uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo ao indivíduo adaptar-se a essa mudança. O ajustamento a uma determinada doença também tem sido classificado como uma boa QdV, bem-estar subjetivo (BES), vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global (de Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008).

A QdV é um constructo multidimensional que muitas vezes é medido como uma avaliação subjetiva de diferentes domínios da vida (Parker, Baile, De Moor, & Cohen, 2003). Considerando a influência de diversos fatores sobre a QdV (como por exemplo o otimismo, o afeto negativo e positivo, o suporte social, entre outros) inúmeros estudos têm analisado as associações entre estes fatores com a QdV e o BES. O BES refere-se a avaliações cognitivas e emocionais das pessoas, incluindo o que as pessoas costumam chamar de felicidade, paz e satisfação com a vida (Diener, 1984). A identificação dos fatores preditivos da QdV podem ajudar a determinar a eficácia comparativa de diferentes tratamentos e avaliar o impacto dos mesmos na vida quotidiana dos pacientes (Vieira et al., 2011). Tem sido documentado que o otimismo disposicional, definido como a expectativa de que coisas boas irão acontecer (Scheier & Carver, 1987), está associado a uma variedade de resultados positivos relacionados com o BES (Mazanec, Daly, Douglas, & Lipson, 2010), tal como auto estima,

baixos níveis de depressão, baixo nível de emoções negativas e satisfação com a vida (Wrosch & Scheier, 2003). Este, também tem sido associado a indicadores da QdV tal como a boa saúde. Desta forma, parece importante conhecer a forma através da qual o otimismo atua.

A experiência emocional é constituída por dois fatores; afeto positivo e afeto negativo. O afeto positivo refere-se a estados emocionais positivos do indivíduo, tais como, alegria, interesse, confiança e agilidade. O afeto negativo está associado a estados emocionais negativos, como medo, tristeza, raiva, culpa, desprezo e desgosto (Singh & Jha, 2008). Tem-se verificado que as circunstâncias emocionais estão relacionadas com o funcionamento mental e físico. Hu e Gruber (2008) verificaram no seu estudo que mais afeto positivo e menos afeto negativo estão associados a níveis elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde física e mental. Estes resultados têm uma implicação clínica importante como indicador de funcionamento da vida.

A espiritualidade é definida de várias maneiras e pode variar de acordo com diferentes religiões. Esta reflete uma dimensão psicossocial única em torno do qual os indivíduos organizam as suas vidas, objetivos, valores e intenções. A espiritualidade oferece esperança e oportunidade de crescimento pessoal, aumenta o apoio social, conferindo benefícios importantes para pessoas com doenças crónicas. A orientação espiritual pode facilitar a vida, devido a alterações de saúde (Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsumoto, & Bathon, 2003). Verificou-se que em doentes com artrite reumatoide (Bartlett et al., 2003), a espiritualidade facilita o ajuste emocional, em doentes com cancro (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found, & Keffala, 2005) e com leucemia (O'Connor, Guilfoyle, Breen, Mukhardt, & Fisher, 2007), a espiritualidade está fortemente correlacionada com a QdV. O suporte social tem sido definido como um “processo de vocação interpessoal que é centrado no intercâmbio recíproco de emoções e em contexto específico, que consiste em apoio emocional e instrumental e que pode melhorar a saúde mental” (Finfgeld-Connett, 2005, p. 5). Parker et al. (2003) verificaram que o suporte social traz benefícios para pessoas stressantes; já num estudo efetuado em mulheres portadoras do cancro da mama (Manning-Walsh, 2004), o suporte social mostrou-se um bom preditor da QdV; além disso, neste mesmo estudo, verificou-se que o suporte social exerce um efeito mediador entre os sintomas angustiantes e a QdV. Em doentes obesos (Dierk et al., 2006) o suporte social exerce um impacto significativamente positivo no bem-estar subjetivo. Já o resultado do estudo de Wiczinski e colegas, em doentes obesos (Wiczinski, Doring, John, von Lengerke, & Grp, 2009) mostrou que o suporte social está significativamente associado a uma melhor saúde física e mental.

A adesão ao tratamento é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa é consistente com recomendações de cuidados de saúde (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Zimmermann et al. (2011) referem nos seus estudos que o *status* do tratamento é um fator importante e determinante da QdV, em doentes com cancro.

A importância da QdV em doenças crónicas tem sido cada vez mais reconhecida, dadas as suas implicações para o bem-estar dos doentes, o uso de recursos para a saúde e uma variedade de elementos que são necessários para uma boa vida quotidiana (de Ridder et al., 2008). Vários estudos tendem a analisar a QdV num determinado grupo de doença específica e concentrar-se numa ou duas variáveis exploratórias (preditoras). A questão de quais as variáveis que afetam a nova vida de pessoas com doenças crónicas ainda é uma questão de debate. Será necessário continuar a investigar o papel das variáveis psicossociais na previsão

da QdV de doentes crónicos para otimizar a compreensão das suas relações e projetar um melhor programa de intervenção.

O principal objetivo deste estudo é avaliar o impacto simultâneo de preditores psicossociais da QdV e do BES em doentes crónicos Portugueses.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo transversal, foi usada uma amostra sequencial de 774 voluntários com doença crónica, recrutados em unidades de saúde de grandes cidades portuguesas. Estes pacientes foram abordados pelos seus médicos em consulta, seguindo os seguintes critérios de inclusão: 1) diagnóstico de obesidade, cancro, diabetes, esclerose múltipla e miastenia gravis com doença diagnosticada pelo menos 3 anos antes do estudo, 2) idade ≥ 17 anos no momento da entrevista, 3) nível de literacia de 6 ou mais anos, 4) voltar à vida diária habitual com a doença controlada; 5) sem distúrbios cognitivos. A aprovação pelos comitês de ética das instituições foi obtido em todos os hospitais participantes, e todos os participantes forneceram consentimento informado.

Os 774 participantes [30% diabetes, 27,1% cancro, 17,2% diabetes, 12% epilepsia, 11,5% esclerose múltipla e 2,2% miastenia], inclui 70,5% do sexo feminino, idade média $M(DP)=42,98(11,6)$ anos, nível de educação médio $M(DP)=9,6(4,7)$ anos, tempo médio de anos de diagnóstico $M(DP)=12,8(9,7)$ anos, e a perceção média da gravidade da doença de $M(DP)=6,6(2,8)$.

Material

Foi aplicado um questionário autoadministrado para avaliar as variáveis sócio-demográficas, clínicas, otimismo disposicional, afeto positivo e negativo, espiritualidade, suporte social e adesão aos tratamentos, assim como as variáveis resultado (QdV e BES). Os Psicólogos foram responsáveis pela recolha dos dados após consulta médica.

O modelo teórico hipotético foi elaborado, onde se pressupôs o impacto simultâneo das variáveis psicossociais na QdV e no BES, controlando para um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas.

Variáveis sociodemográficas e clínicas

Dados referentes à idade, sexo, educação e perceção da gravidade da doença ("em geral, como classifica sua doença? "Com uma escala crescente de 1 a 11 nada sério, muito sério) foram utilizados para descrever a amostra.

Variáveis Psicossociais

Otimismo Disposicional- O otimismo foi avaliado através do Revised Life Orientation Test (LOT -R) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). A LOT- R foi desenvolvida para avaliar as diferenças individuais no otimismo generalizado contra o pessimismo. A validação da escala Portuguesa (Pais Ribeiro & Pedro, 2006) apresentou características semelhantes à versão original. Consiste em dez itens, em que três itens refletem as expectativas para os resultados

positivos, três para os resultados negativos e quatro são itens de filtro. A pontuação do otimismo foi calculada somando o valor de três perguntas relativas ao otimismo e a pontuação do pessimismo foi calculada pela soma dos valores das três questões relativas ao pessimismo. A pontuação geral LOT- R foi calculada invertendo três pontuações do pessimismo, e somando as respostas para todas as seis perguntas. Valores maiores refletem mais otimismo. Para a versão em Portuguesa foi encontrado um α de Cronbach de 0,71.

Afeto Positivo e Negativo- Para avaliar o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN), foi utilizada a versão Portuguesa validada (Galinha & Pais Ribeiro, 2005) da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), construída por Watson, Clark e Tellegen (1988). Esta consiste em vinte itens, em que dez refletem as expectativas para o AP e dez para o AN. Foi calculada a média dos itens para obter os valores da escala, onde valores mais altos de AP indicam mais afeto positivo, ou o grau em que o indivíduo se sente mais entusiasmado, ativo e em alerta. Uma maior pontuação de AN indica mais afeto negativo, que reflete os estados de humor aversivos individuais e angústia geral. Os autores do PANAS calcularam os coeficientes α de Cronbach em diferentes amostras, variando entre 0,90-0,96 para AP e 0,84-0,87 para AN. A versão Portuguesa apresenta características semelhantes à original, com um α de Cronbach de 0,86 para o afeto positivo e 0,89 para o afeto negativo.

Espiritualidade - Pinto e Pais Ribeiro (2007) desenvolveram uma escala para avaliar a espiritualidade da população Portuguesa, que considera tanto as percepções religiosas/espirituais, como a esperança do paciente. Os cinco itens foram classificados numa escala do tipo Likert com as opções de resposta de "não concordar" para "concordo totalmente". As pontuações de determinação foram obtidas através de procedimentos aritméticas elementares, sem inversão ou transformação de valores, com um ponto médio resultante de 2,5 para cada item. Portanto, quando as pontuações assumem um valor acima do ponto médio, pode afirmar-se que a dimensão da espiritualidade é identificada como relevante. Para a escala global, os autores encontraram uma consistência interna de 0,74.

Suporte Social - O suporte social foi avaliado através do Social Support Survey -SSS (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009; Ponte & Pais Ribeiro, 2008). Este é um questionário autoadministrado, multidimensional, adaptado à população Portuguesa, que avalia várias dimensões do suporte social. O SSS é composto por quatro subescalas de suporte social distintas: emocional/informativa, interação social tangível, afetuosa e positiva. É também usado um índice geral de suporte social. Todas as subescalas mostraram uma forte confiabilidade ao longo do tempo com um α de Cronbach superiores a 0,91.

Adesão ao Tratamento - Para avaliar a adesão ao tratamento foi usada uma versão Portuguesa do questionário (Medida de Adesão aos Tratamentos), com base em estudos (Morisky, & Levine, 1986) anteriores, desenvolvido com sete itens por Delgado e Lima (2001). A pontuação a adesão ao tratamento é a média dos itens em que os valores mais altos significam melhor adesão ao tratamento. A medida mostrou boa consistência interna.

Variáveis Resultados

Qualidade de Vida - Neste estudo, foi utilizada a dimensão bem-estar geral resultante do projeto IQOLA (Keller et al., 1998), no qual foi encontrado um fator de segunda ordem, com três componentes do SF-36 (bem-estar geral - BEG, saúde física - SF, e saúde mental- SM).

Cada escala é convertida diretamente numa escala de 0-100 na suposição de que cada pergunta carrega igual peso, em que 100 representa o nível mais alto. A versão Portuguesa do MOS SF-36 (Ferreira, 2000) mostra bons níveis de consistência interna (α de Cronbach > 0,70).

Bem-estar Subjetivo - O bem-estar subjetivo foi avaliado usando a versão Portuguesa da escala de bem-estar pessoal, que inclui sete áreas (satisfação com o nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, senso de segurança, ligação à comunidade e segurança no futuro). A pontuação é a média dos itens, variando de 0 a 100, em que os valores mais altos representam melhor bem-estar subjetivo. A versão Portuguesa mostra um α de Cronbach de 0,81 (Pais Ribeiro & Cummins, 2008).

Procedimento

Foi elaborado um modelo teórico, onde se descreveu a influência das variáveis psicossociais na QdV e no BES, controlando para um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas. O modelo hipotético construído consistiu no impacto simultâneo das variáveis psicossociais (otimismo, afeto positivo e negativo, espiritualidade, apoio social e adesão ao tratamento) na QdV e no BES. A estatística descritiva foi utilizada para descrever as características sócio- demográficas e clínicas da amostra.

Modelos de Equações Estruturais

A técnica dos Modelos de Equações Estruturais (SEM – *Structural Equation Modeling*) é considerada hoje, uma componente importante da análise estatística multivariada aplicada para abordar questões científicas complexas nas mais diversas áreas de investigação. Esta foi usada para testar o modelo hipotético para avaliar o impacto simultâneo do otimismo, afeto positivo e negativo, espiritualidade, apoio social e fatores de adesão ao tratamento na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo. SEM é uma técnica multivariada que permite representar, estimar e testar modelos teóricos que envolvem várias relações entre variáveis (observadas e latentes), a fim de compreender os padrões de correlação/covariância entre elas (Tabachnick & Fidell, 1996). As variáveis latentes não são diretamente observadas, geralmente, elas correspondem a construções hipotéticas ou fatores que são variáveis explicativas presumidos para refletir uma continuidade que não é diretamente observável (Kline, 2011; Tabachnick & Fidell, 1996). Esta metodologia de análise é uma combinação de análise fatorial e análise de caminhos, correspondendo a modelos de medida e modelos estruturais, respetivamente. Em primeiro lugar, aplicamos análise fatorial confirmatória (CFA) (modelo de medida), a fim de avaliar se todas as variáveis latentes foram representadas por seus respetivos indicadores (variáveis observadas). O modelo estrutural indica os efeitos diretos e indiretos das variáveis latentes e observadas (que não são indicadores de variáveis latentes). Antes de estimar o modelo hipotético, a distribuição de variáveis contínuas foi analisada para avaliar afastamento significativo da normalidade. Foi aplicado o procedimento de estimação de máxima verossimilhança robusto (Satorra & Bentler, 1994). A adequação do modelo foi avaliada de acordo com índices de ajustamento. Foi usado o teste do qui-quadrado com a correção de Satorra-Bentler como um índice de discrepância entre a matriz de correlação original e a matriz de correlação estimada a partir do modelo (Hu & Bentler,

1999). Um valor de p não significativo ($p > 0,05$) e a razão $\frac{S-B}{df} \chi^2 < 3$ representam um bom ajuste do modelo. Como o significado de um teste qui-quadrado é dependente do número de indivíduos, também foram utilizados outros índices de ajustamento. Comparative Fit Index (CFI), com valor máximo de 1,00, obtido a partir da comparação do modelo hipotético com o modelo independente; um valor de CFI > 0,90 sugere um bom ajustamento (Bentler, 2007); os valores do Root Mean Square Error Aproximation (RMSEA) (Hoyle, 1995) ajudam a responder à questão de quão bem o modelo se ajusta à matriz de covariância da população; valores menores que 0,05 indicam um bom ajustamento, sendo valores aceitáveis até 0,08 (Kline, 2011; Tabachnick & Fidell, 1996). Os valores de R^2 foram calculados para todos os preditores e variáveis de resultados para determinar a proporção da variância explicada no resultado (Kline, 2011). As análises foram realizadas com recurso ao *software* EQS e foi considerado um nível de significância de 0,05. As variáveis observadas e latentes avaliadas estão sumariadas no Quadro 1.

Quadro 1.

Variáveis Observadas e Latentes na avaliação da Qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas

Variáveis Latentes	Variáveis Observadas
Variáveis Psicossociais	
Otimismo Disposicional (Opt)	Q _i Life Orientation i=1, ..., 6
Afeto Negativo (NA)	Q _i Scale of Feelings i=1, ..., 10
Afeto Positivo (PA)	Q _i Scale of Feelings i=1, ..., 10
Espiritualidade (Esp)	Q _i Scale of Spirituality i=1, ..., 5
Suporte Social (SS)	Afetivo (SSA)
	Tangível (SST)
	Interação Social Positiva (SSPSI)
	Emocional/Informacional (SSEI)
Adesão aos Tratamentos (AT)	Q _i Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos i=1, ... , 8
Componentes da QdV	
Bem-estar Geral (BEG)	Saúde Geral (SG)
	Saúde Vital (SV)
Saúde Física (SF)	Função Física (FF)
	Dor Física (DF)
	Dor Corporal (DC)
Saúde Mental (SM)	Dor Emocional (DE)
	Função Social (FS)
	Função Mental (MF)
BES	Q _i Escala do Bem-estar Subjetivo i=1, ... , 8

RESULTADOS

Modelo de medida inclui dez variáveis latentes (otimismo, afeto positivo e negativo, espiritualidade, suporte social, adesão ao tratamento, bem-estar geral, saúde mental física e bem-estar subjetivo) e 58 variáveis observadas referentes aos indicadores correspondentes às dez variáveis latentes. Os resultados mostraram um ajuste razoável do modelo: $S - B_{\chi^2_{1554}} = 3775,3248$, $p < 0,001$; $\frac{S - B_{\chi^2_{1554}}}{df} = 2,42$; CIF=0,85; RMSEA=0,05, RMSEA (90% IC)=(0,04; 0,05); Todas as cargas fatoriais entre cada um dos indicadores e as variáveis latentes foram estatisticamente significativos, indicando que todos estavam bem representados pelos seus respetivos indicadores. A proporção da variância explicada para cada indicador também foi moderada a alta (valores de R^2 variando 0,20-0,86).

Os resultados do modelo estrutural (Figura 1) mostraram que $S - B_{\chi^2_{1817}} = 3959,21$, $p < 0,001$. Os restantes índices de ajustamento do modelo indicam um ajustamento razoável, $\frac{S - B_{\chi^2_{1817}}}{df} = 2,17$; CIF=0,85; RMSEA=0,04, RMSEA (90% IC=0,04; 0,04). Controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas, os resultados mostraram que (incluindo simultaneamente as seis variáveis psicossociais), o otimismo disposicional teve um impacto estatisticamente significativo no bem-estar geral ($b=0,16$), na saúde mental ($b=0,13$) e no bem-estar subjetivo ($b=0,15$). O afeto positivo também teve um impacto no bem-estar geral ($b=0,25$), na saúde mental ($b=0,13$) e no bem-estar subjetivo ($b=0,13$). O afeto negativo teve um impacto negativo, estatisticamente significativo, no bem-estar geral ($b=-0,25$), na saúde física ($b=-0,20$), na saúde mental ($b=-0,58$) e no bem-estar subjetivo ($b=-0,24$). A adesão ao tratamento teve um impacto, estatisticamente significativo, no bem-estar geral ($b=0,11$), na saúde física ($b=0,19$), na saúde mental ($b=0,08$) e no bem-estar subjetivo ($b=0,10$). O suporte social teve um impacto, estatisticamente significativo, na saúde mental ($b=0,10$) e no bem-estar subjetivo ($b=0,15$). A espiritualidade teve um impacto negativo, estatisticamente significativo, na saúde física ($b=-0,19$) e na saúde mental ($b=-0,08$). Os resultados mostraram que os pacientes mais otimistas, mais ativos e com uma melhor adesão ao tratamento tiveram um melhor bem-estar geral. A melhor adesão ao tratamento contribui para uma melhor saúde física. Pacientes otimistas, mais ativos, com uma melhor adesão ao tratamento, e mais com mais suporte social têm uma melhor saúde mental. Uma atitude mais otimista, mais afeto positivo, uma melhor adesão ao tratamento e mais suporte social contribui para um melhor bem-estar subjetivo. O efeito negativo comporta-se como um preditor negativo de todas as componentes da QdV e do SWB. A espiritualidade teve um impacto negativo, estatisticamente significativo, na saúde física e mental.

DISCUSSÃO

As doenças crônicas são doenças de longa duração e, geralmente, de progressão lenta (CMCD, s.d.). Estas afetam a vida cotidiana dos doentes e exigem um ajuste em vários domínios da vida (de Ridder et al., 2008). Tipicamente, os doentes crônicos são responsáveis pela gestão dos fatores psicossociais que contribuem para a sua QdV.

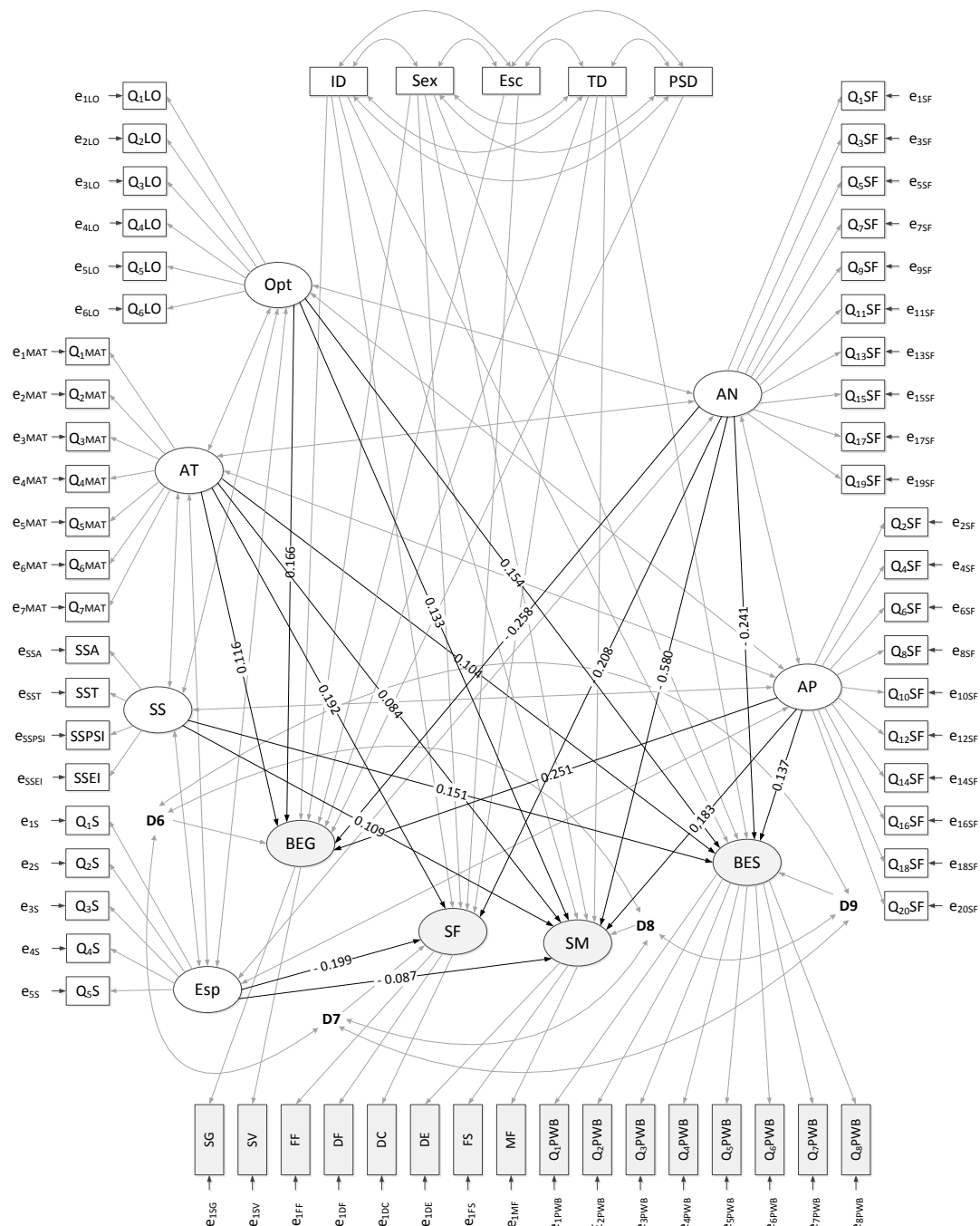


Figura 1. Estimativas estandardizadas – Modelo de Equação Estrutural

(ID-Idade; Sex-Sexo; Esc-Escolaridade; TD-Tempo de diagnóstico; PSD-Percepção da severidade da doença; Opt-Otimismo; NA-Afeto Negativo; AP-Afeto Positivo; AT-Adesão ao Tratamento; SS-suporte Social; Esp-Espiritualidade; BEG-Bem-estar geral; SF-Saúde física; SM-Saúde mental; BES-Bem-estar subjetivo)

Nota: Na Fig.1 apenas estão apresentados os pesos fatoriais para o modelo estrutural, devido à complexidade do modelo hipotético

O objetivo do presente estudo foi explorar o papel dos fatores psicossociais na previsão da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo em doentes portugueses crónicos, controlando para um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas. Este estudo incluiu um conjunto de pacientes com doenças crónicas e envolveu uma série de variáveis psicossociais.

Os resultados deste estudo sugerem que o otimismo disposicional contribuiu para o reforço do bem-estar, da saúde mental e do BES. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores (Mazanec et al., 2010; Wrosch & Scheier, 2003). Outros investigadores (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010) verificaram que níveis mais elevados de otimismo foram prospectivamente associados ao aumento do BES. O otimismo pode influenciar significativamente o bem-estar físico e mental através da promoção de um estilo de vida saudável, bem como comportamentos adaptativos e respostas cognitivas associadas com maior flexibilidade, capacidade de resolução de problemas, e um tratamento mais eficiente da informação negativa (Conversano et al., 2010).

Os resultados também mostraram que doentes mais ativos, com mais afeto positivo apresentavam um melhor bem-estar geral, uma melhor saúde mental e um melhor BES. O afeto negativo comporta-se como um preditor negativo de QdV e do BES. As circunstâncias emocionais estão relacionadas com o funcionamento mental e físico. Verificou-se que em doenças crónicas (Hu & Gruber, 2008) que mais afeto positivo e menos afeto negativo estão associados com uma melhor saúde física e mental. Os resultados desta investigação não são consistentes em todos com estes resultados.

Doentes com uma melhor adesão ao tratamento tiveram uma melhor qualidade de vida e um melhor BES. Os resultados são consistentes com a literatura (Zimmermann et al., 2011). Mais suporte social contribui para uma melhor saúde mental e um melhor bem-estar subjetivo. Em mulheres com cancro da mama (Shelby et al., 2008) e em doentes obesos (Dierk et al., 2006; Wiczinski et al., 2009), o suporte social foi um bom preditor de QdV e teve um impacto positivo, estatisticamente significativo, na saúde mental e no BES.

A espiritualidade teve um impacto negativo, estatisticamente significativo, na saúde física e mental. Na literatura, em geral, a espiritualidade está fortemente correlacionada com QdV (O'Connor et al., 2007; Rippentrop et al., 2005) e facilidade de ajustamento emocional (Rippentrop et al., 2005). Esses resultados contraditórios podem ser explicados pelo fato de estarmos a trabalhar, primeiro com um conjunto de doentes com vários tipos de doenças crónicas, e não com um grupo específico; depois porque, para estes doentes, para a saúde física, é mais importante a adesão ao tratamento do que a espiritualidade; em relação à saúde mental, talvez o otimismo, o afeto positivo, a adesão ao tratamento e o suporte social sejam mais importantes do que o efeito da espiritualidade. Talvez estes doentes sejam menos espirituosos.

Este trabalho foi uma tentativa de identificar fatores psicossociais associados à qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. Embora alguns resultados sejam consistentes com a literatura, é importante notar que nesta investigação do grupo de estudo é constituído por doentes com diferentes tipos de doenças crónicas, e os fatores psicossociais são diferentes. A investigação revela resultados interessantes. No que respeita à espiritualidade carece de mais exploração.

Este estudo contribuiu para a compreensão e melhoria dos processos associados à QdV e do BES, o que é relevante para apoiar os prestadores de cuidados de saúde e doenças crónicas.

REFERÊNCIAS

- Bartlett, S. J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A. K., & Bathon, J. M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in persons with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 778-783. doi: 10.1002/art.11456
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 42, 825-829. doi:org/10.1016/j.paid.2006.09.024
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. doi:org/10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Center for Managing Chronic Disease (CMCD). (s.d.). *What Are Chronic Diseases?* Retrieved May 2013, from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/chronic.htm>
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. D., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29. doi: org/10.2174/1745017901006010025
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255. doi:org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 81-100.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:org/10.1037/0033-2909.95.3.542
- Dierk, J.-M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 219-227. doi:org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.083
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 57-60. doi:org/10.1016/S0895-4356(01)00457-7
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II - Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 4-9. doi:org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x
- Galinha, I. C., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica* 2, 219-229.
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: basic concepts and fundamental issues. In R. H. Holy (Ed.), *Structural Equation Modeling, Concepts, Issues and Applications* (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in mental health nursing*, 29, 895-911. doi:org/10.1080/01612840802182938
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling-a Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi:org/10.1080/10705519909540118
- Keller, S. D., Ware Jr, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., . . . Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1179-1188. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00110-3.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd.Ed). New York: The Guilford Press.
- Manning-Walsh, J. (2004). Social Support as a Mediator Between Symptom Distress and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Clinical Research*, 34, 482-493. doi:org/10.1177/0884217505278310
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Lipson, A. R. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33, 235-243. doi:org/10.1097/NCC.0b013e3181c7fa80
- Morisky, D., L., G., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74. doi: org/10.1097/00005650-198601000-00007
- O'Connor, M., Guilfoyle, A., Breen, L., Mukhardt, F., & Fisher, C. (2007). Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: An exploratory study. *Mental Health, Religion & Culture*, 10, 631-647. doi:org/10.1080/13674670601078221
- Pais-Ribeiro, J., & Ponte, A. C. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 163-174.
- Pais Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I.Silva, & S. Marques, (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida revista-EOR-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, & S. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA
- Parker, P. A., Baile, W. F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-193. doi: 10.1002/pon.635
- Pinto C, & Pais Ribeiro, J. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde *Arquivos de Medicina*, 21, 47-53.
- Ponte, A. C., & Pais Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In J. P. R. Lisboa: ISPA In: I.Leal, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. (pp. 53-56.). Lisboa: ISPA

- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain, 116*, 311-321. doi:10.1016/j.pain.2005.05.008
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, C.C.Clogg (Eds.), *Latent Variables analysis: Applications For Development Research*. (pp. 399-419). Thousand Oakas, CA: Sage.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being - the Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health. *Journal of Personality, 55*, 169-210. doi:org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem) - a Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078. doi:org/10.1037//0022-3514.67.6.1063
- Shelby, R. A., Crespin, T. R., Gregorio, S. M. W. D., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 433-444. doi:10.1007/s10865-008-9167-2
- Singh, K., & Jha, S. D. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology, 34*, 40-45.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using Multivariate Statistics* (Third edition ed.). New York: HarperCollins College Publishers.
- Vieira, P. N., Mata, J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Minderico, C. S., . . . Teixeira, P. J. (2011). Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. *Journal of obesity, 2011*, 936153. doi:org/10.1155/2011/936153
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070. doi:org/10.1037//0022-3514.54.6.1063
- Wiczinski, E., Doring, A., John, J., von Lengerke, T., & Grp, K. S. (2009). Obesity and health-related quality of life: Does social support moderate existing associations? *British Journal of Health Psychology, 14*, 717-734. doi:org/10.1348/135910708X401867
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research, 12*, 59-72. doi:10.1023/A:1023529606137
- Zimmermann, C., Burman, D., Swami, N., Krzyzanowska, M. K., Leighl, N., Moore, M., . . . Tannock, I. (2011). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 19*, 621-629. doi:org/10.1007/s00520-010-0866-1

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todas as pessoas com doença e aos profissionais de saúde pela sua participação no estudo. Este estudo foi apoiado pelas bolsas da Fundação para

Estela Vilhena, José Luís Pais Ribeiro, Isabel Silva,
Luísa Pedro, Rute F. Meneses, Helena Cardoso, António Martins da Silva, &
Denisa Mendonça

a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI/71635/2006, PTDC/PSI/73175/2006,
SFRH/PROTEC/49284/2008).